



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

ETURAUHASSEN HÖYLÄYSPOTILAAN KOTIUTUSOHJAUS HERKO-TOIMINNASSA

Hoitajan tarkistuslista

TEKIJÄT: Tarja Kettunen
Tatjana Pietikäinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Terveystieteiden tutkinto-ohjelma	
Työn tekijät Tarja Kettunen ja Tatjana Pietikäinen	
Työn nimi Eturauhasen höyläyspotilaan kotiutusohjaus HERKO-toiminnassa. Hoitajan tarkistuslista.	
Päiväys 8.5.2018	Sivumäärä/Liitteet 32/3
Ohjaaja Pirjo Kinnunen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Kuopion Yliopistollinen sairaala, HERKO	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kuopion yliopistollisessa sairaalassa alkoi syksyllä 2015 Heräämöstä kotiin (HERKO) -toiminta. Tavoitteena on hoitaa yhä useampi potilas päiväkirurgisesti ja nopeuttaa potilaan kotiutumista. Yksi suuri potilasryhmä HERKO-toiminnassa on eturauhasen höyläysleikkaukseen tulevat potilaat.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Kehittämistyön tarkoitus oli suunnitella ja tuottaa tarkistuslista eturauhasen höyläyspotilaan kotiutusohjauksesta HERKOn hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena oli koota tarkistuslistaan ydinasiat eturauhasen höyläyspotilaan ohjauksesta. Tarkistuslista koottiin tutustumiskäyntien, HERKOn hoitajien kanssa käytyjen keskustelujen, tarkistuslistan testauksen ja sitä kautta saadun palautteen sekä kirjallisuuden pohjalta. Tarkistuslista on käytännön hoitotyön muistin apuväline, jota käyttää niin uudet työntekijät kuin kokeneetkin hoitajat. Tarkistuslista on halpa ja helppokäyttöinen työväline, joka nopeuttaa työtä. Listan avulla on helppo tarkistaa, että potilaan hoitoon liittyvät asiat käydään läpi potilaan kanssa ennen potilaan kotiutumista.</p> <p>Kehittämistyöhön valittiin suunniteltavaksi tarkistuslista, joka tukee hoitajien työtä potilaiden ohjauksessa sekä lisää myös potilasturvallisuutta. Tässä työssä keskitytään toimenpiteen jälkeiseen ohjaukseen. Ohjaus määritellään näyttöön perustuvan tiedon jakamiseksi ja taitojen ohjaamiseksi. Ohjaustilanteessa ammattilaisen tulee selvittää ohjattavan todellinen ohjauksen tarve. Mitä tietoja ja taitoja potilas tarvitsee, jotta hän voi kotiutua turvallisesti toimenpiteen jälkeen. Tarkistuslista perustuu näyttöön, eli kirjallisuuteen, tutkimukseen ja työntekijöiden kokemukseen sekä tietämykseen aiheesta.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksena syntyi tarkistuslista, jossa on ydinasiat eturauhasen höyläyspotilaan kotiutusta edeltävään ohjaukseen. Lopullinen tarkistuslista liitteenä, LIITE 3.</p>	
Avainsanat Potilas, kotiutusohjaus, tarkistuslista, HERKO, eturauhasen höyläys	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Public Health Nurse			
Author Tarja Kettunen & Tatjana Pietikäinen			
Title of Thesis Prostate transurethral patient discharge guidance in Extended Day Surgery. Checklist for nursing staff's.			
Date	8.5.2018	Pages/Appendices	32/3
Supervisor Pirjo Kinnunen			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital, HERKO			
<p>Abstract</p> <p>The operational model of Extended Day Surgery started at Kuopio University Hospital in autumn 2015. The goal was to care more and more patients in day-surgery and expedite the patient's discharge. One large group of patients in the Extended Day Surgery –operational model consists of prostate transurethral resection patients.</p> <p>The thesis was implemented by using a development research approach. The aim of the development work was to design and produce a checklist of prostate transurethral patient guidance for Extended Day Surgery's nursing staff. The objective was to compile a checklist of the core issues of prostate transurethral patient guidance. The basis of the checklist was collected from unit visits, the discussions with the Extended Day Surgery nurses, the checklist testing and the feedback received and the literature. The checklist is a practical nursing memory tool to be used by new employees as well as experienced nurses. The checklist is a cheap and easy tool that speeds up the work. The list makes it easy to check that a patient's treatment issues have been discussed through with the patient, before the patient's discharge.</p> <p>The checklist that has been planned in this development work can support nurses' work in patient guidance and also increase patient safety. The focus of the thesis is on post-procedure guidance. The term guidance is defined as sharing of evidence-based information and guiding of skills. In a guidance situation, a professional will need to find out the actual need of guidance, that is, what information and skills the patient needs so that he/she can safely recover after the operation. The checklist is based on the facts that are in the case literature and employee experience as well as knowledge of the subject.</p> <p>The result of the thesis is a checklist of the core issues in the prostate transurethral patient guidance in the control prior to the discharge. The final checklist attached, ANNEX 3.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Patient, discharge guidance, checklist, Extended day surgery, prostate transurethral resection</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	ETURAUHASEN HÖYLÄYS HERKO-TOIMINNASSA	7
2.1	Eturauhanen ja hyvälaatuinen liikakasvu	7
2.2	Eturauhasen höyläys toimenpiteenä	8
2.3	HERKO-toiminta.....	9
2.4	Nopeutettu hoitoprosessi.....	10
2.5	Potilaan kotiuttaminen.....	11
3	POTILASOHJAUS JA TARKISTUSLISTA	13
3.1	Potilaan ohjaaminen.....	13
3.2	Tarkistuslista hoitajan työvälineenä	14
3.3	Potilasturvallisuus potilasohjauksessa	16
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	17
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS KEHITTÄMISTYÖNÄ	18
5.1	Kehittämistyö opinnäytetyönä	18
5.2	Kehittämistyön eteneminen ja toteuttaminen	18
6	POHDINTA.....	23
6.1	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	23
6.2	Opinnäytetyön prosessin ja tuotoksen arviointi	24
6.3	Ammatillinen kasvu	25
6.4	Johtopäätökset, kehittämis ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	27
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	28
	LIITE 1: ALUSTAVA TARKISTUSLISTA	33
	LIITE 2: MUOKATTU TARKISTUSLISTA.....	34
	LIITE 3: TARKISTUSLISTA.....	35

1 JOHDANTO

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) käynnistyi vuonna 2015 uusi toimintamalli, josta käytetään käsitettä HERKO, eli heräämöstä kotiin. Tässä toimintamallissa potilas tulee sairaalaan leikkausta varten toimenpideaamuna ja lähtee kotiin jo seuraavana aamuna klo 9:ään mennessä suoraan heräämöstä. Tätä mallia käytetään muun muassa vuonna 2015 valmistuneessa KYS:n uudenaikaisessa sairaalarakennuksessa Kaarisairaalassa tietyissä leikkauksissa, tietyillä potilasryhmillä. Tällä hetkellä kaikista leikkauspotilaista noin 85 % hoidetaan lyhytkirurgisesti tai päiväkirurgisesti, muun muassa HERKO-toiminnassa, ja tavoitteena on hoitaa yhä useampi potilas päiväkirurgisesti. (Martikainen & Musialowicz 2015, 117–118.) Yksi suuri potilasryhmä HERKO-toiminnassa on eturauhasen höyläysleikkaukseen tulevat potilaat.

HERKOssa potilaat kotiutuvat melko nopeasti, joten he tarvitsevat selkeät kotihoito-ohjeet. Hoitajien tulee myös varmistaa, että potilas osaa toimia mahdollisissa ongelmatilanteissa. HERKO-toiminnassa ei ole hoitajien ja osastonhoitajan mukaan selkeitä ohjeita eturauhasen höyläyspotilaan kotiutustilanteeseen. Kehittämistyön tarkoitus oli suunnitella ja tuottaa tarkistuslista eturauhasen höyläyspotilaan kotiutusohjauksesta HERKOn hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena oli koota tarkistuslistaan ydinasiat eturauhasen höyläyspotilaan ohjauksesta. Tämä helpottaa HERKOn hoitajien työtä ja toimii heille apuvälineenä, erityisesti uusilla työntekijöillä ja opiskelijoilla. Työstä hyötyvät ensisijaisesti hoitajat, joiden työtä tarkistuslista tulee helpottamaan. Myös potilaat hyötyvät tarkistuslistasta, koska tarkistuslistan käytön myötä kaikki tärkeät asiat tulee kerrottua potilaalle.

Potilaiden ohjaus on tärkeä osa hoitoprosessia ja se on yksi terveydenhoitajan ydintehtävä. Tulevassa työssämme terveydenhoitajana tulemme ohjaamaan potilaita erilaisissa tilanteissa, kuten esimerkiksi tutkimukseen valmistautumisessa tai raskauteen liittyvissä tilanteissa. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 8 §) sanotaan, että kaiken hoitotyön toiminnan tulee olla näyttöön perustuvaa. Tällä turvataan potilaiden yhdenmukainen ja tasavertainen kohtelu ja hoito. Tämän perusteella myös potilasohjauksen tulee olla näyttöön perustuvaa. Näyttöön perustuvassa toiminnassa otetaan huomioon potilas/asiakas, hänen tilanteensa ja resurssinsa. (Hotus 2017.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, 5 §) velvoittaa hoitajia antamaan potilaalle selvityksen muun muassa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja muista hoitoon liittyvistä seikoista.

Potilasohjauksessa on todettu olevan puutteita ja kehitettävää (Kääriäinen 2010, 26–27; Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 121–122; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 8–10). Potilasohjaus on laaja käsite ja sitä voi toteuttaa moni eri tavoin (Kääriäinen 2010, 26–27). Tässä työssä keskitymme toimenpiteen jälkeiseen ohjaukseen, ja ohjaus määritellään näyttöön perustuvan tiedon jakamiseksi ja taitojen ohjaamiseksi. Ohjaustilanteessa ammattilaisen tulee selvittää ohjattavan todellinen ohjauksen tarve. Mitä tietoja ja taitoja potilas tarvitsee, jotta hän voi kotiutua turvallisesti toimenpiteen jälkeen. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 69–70.) Ohjaustilanteet ovat hoitajalle haastavia. Hoitajan tulee pohtia omia arvoja ja ohjaustaitojaan, hänen tulee välittää potilaalle tutkittua, luotettavaa tietoa. Tämä edellyttää, että hoitajan toimintaa ohjaa näyttöön perustuva tieto. (Kääriäinen 2010, 26–27.)

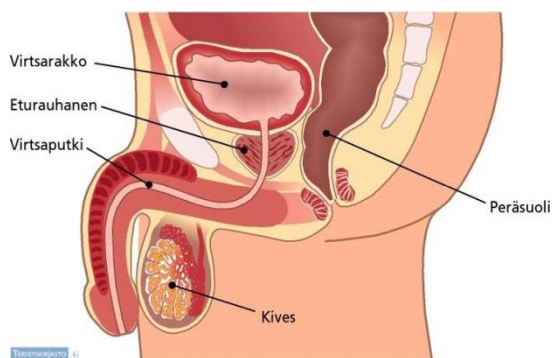
Potilasohjauksen laadunvarmistusta tulee kehittää käyttämällä esimerkiksi ohjauksen laadunvarmistusstrategioita, kuten tarkistuslistoja (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 8–9). Valitsimmekin kehittämistyöhömme tarkistuslistan tukemaan potilaan ohjausta. Tarkistuslista on halpa ja helppokäyttöinen työväline, joka nopeuttaa työtä. Se alun perin ilmailualan keksintö, mutta on jo rantautunut lähes kaikkiin leikkaussaleihin ympäri maata. Tarkistuslistassa on luetteloitu kohtia, joiden avulla voidaan tehdä tarkastus, että kaikki tarpeellinen on huomioitu. (Ikonen & Pauniahho 2010.) Hoitaja voi ottaa tulostetun tarkistuslistan mukaan, kun menee kotiuttamaan/ohjaamaan potilasta ja tehdä ohjaus listan perusteella.

Tulevina hoitoalan ammattilaisina opiskelijalle on tärkeää oppia toimimaan näyttöön perustuen. Tarkistuslista perustuu näyttöön, eli kirjallisuuteen ja työntekijöiden kokemukseen sekä tietämykseen aiheesta. Tarkistuslistan tekeminen on käytännössä näyttöön perustuvan tiedon siirtämistä tarkistuslistan muotoon. Näin ollen saamme hyvää kokemusta näyttöön perustuvasta toiminnasta käytännössä sekä potilasohjauksesta. Näitä molempia taitoja tarvitaan terveydenhoitajan työssä. Tulevaisuuden ammattilaisten on myös tärkeä ottaa huomioon sote-uudistus. Yksi sote-uudistuksen onnistumiseen vaikuttava tekijä on henkilöstön ammattitaito. Yksi sote-uudistuksen kehittämisprosessi on varmistaa, että koulutus vastaa sote-osaamisen tasoa. Ministeriö on tunnistanut ohjauksen ja neuvontaa liittyvät osaamistarpeet erityisiksi haasteiksi. (Opetus- ja kulttuuriministeriö, 2017.) Tämän vuoksi ohjaukseen ja sen laatuun on hyvä paneutua jo opiskeluaikana.

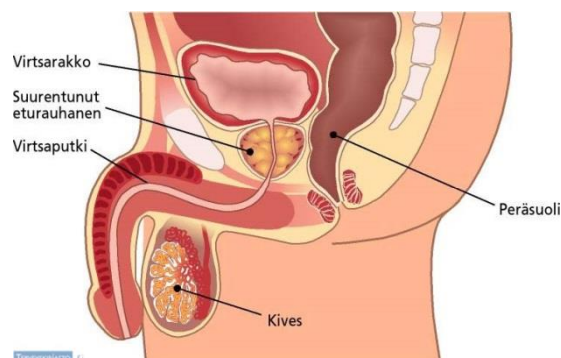
2 ETURAUHASEN HÖYLÄYS HERKO-TOIMINNASSA

2.1 Eturauhanen ja hyvälaatuinen liikakasvu

Eturauhanen kuuluu miehen sukupuolielimiin, on noin neljä senttimetriä pitkä ja painaa noin 20–25 grammaa. (Hervonen & Virtanen 2013, 35–37.) Pyramidinmuotoinen rauhanen koostuu itsekin mikroskooppisista rauhasista. Se sijaitsee lantion pohjalla; virtsarakon alapuolella ja peräsuolen edessä. Eturauhanen ympäröi virtsaputken alkuosaa. (Boström 2015, 18–19.) Eturauhasen tehtävä on toteuttaa siemensyöksy ja erittää siemennesteen neste. Neste edesauttaa siittiöiden liikkumista ja elinkykyä, luo niille ravinteikkaan ja pH-arvoltaan sopivan ympäristön. (Boström 2015, 19; Hervonen & Virtanen 2013, 35–37.) Eturauhasen höyläyksen jälkeen siemensyöksy saattaa jäädä eturauhasen sisälle. Orgasmintuntemus on kuitenkin yleensä normaali, eikä erektiokykykään vaikuttaisi heikentyvän. (Boström 2015, 32.)



KUVA 1. Eturauhanen
(Lääkärikirja Duodecim-kuvat 2007a)



KUVA 2. Suurentunut eturauhanen
(Lääkärikirja Duodecim-kuvat 2007b)

Eturauhasen hyvälaatuinen liikakasvu eli prostatahyperplasia on miesten tavallisin urologinen sairaus, joka aiheuttaa virtsaputken ulosvirtaukseen. 60-vuotiaista 80 prosentilla on prostatahyperplasiaa. Hyvälaatuisen liikakasvun aiheuttaa kivesten erittämän testosteronin aktiivinen aineenvaihduntatuote dihydrotestosteroni. (Tammela 2013, 283–284.) Eturauhanen jaetaan rakenteellisesti eri osiin, joista välivöhyke on merkittävin hyvälaatuisen liikakasvun kannalta. Välivöhyke kasvaa hyvälaatuisessa liikakasvussa ja se sijaitsee virtsaputken ympärillä (kuva 2). Kuvassa 1 näkyy normaali eturauhanen, joka ei ahtautu virtsaputkea. Kuvasta 2 voi nähdä, että suurentunut eturauhanen ahtauttaa virtsaputkea ja voi aiheuttaa ongelmia virtsautuksessa. (Boström 2015, 18–19.)

Eturauhasen liikakasvusta kärsivän potilaan oireet jaetaan kerääntymisoireiksi ja tyhjennysoireiksi. Kerääntymisoireita on tiheä virtsaamisentarve, yövirtsaaminen, virtsaamispakko ja pakkoinkontinenssi. Tyhjennysoireita taas ovat virtsantulon viipyminen, heikentynyt virtsasuihku, ponnistelun tarve virtsatessa, virtsautuksen keskeytyminen, vajaan tyhjenemisen tunne ja virtsaumpi. (Hammar 2011, 290.) Eturauhasen liikakasvu on usein hoitoa vaativa vaiva. Hoitamattomana se

saattaa aiheuttaa virtsatietulehduksia, vahingoittaa virtsanjohtimien takaisinvirtausmekanismeja tai munuaisten vajaatoimintaa. (Petäys 2004, 75; Hammar 2011, 289.)

Eturauhasen koon perusteella ei kuitenkaan voi päätellä, vaikuttaako liikakasvu virtsautukseen. Tärkeämpiä syitä tukoksen syntyyn ovat verenkierron vaihtelu eturauhasessa, sileän lihaksen jännitystilaa rakon kaulassa ja eturauhasessa sekä turvotus, joka johtuu eturauhasen infarktista tai tulehduksesta. (Tammela 2013, 283–284.) Jos eturauhasen liikakasvu ei aiheuta oireita, hoitomuoto on konservatiivinen hoito, eli esimerkiksi lääkitys, ei operatiivista hoitoa.

Liikakasvun hoitomuotoja on konservatiivinen hoito, operatiivinen hoito ja lääkehoito (Tammela 2010, 875–876). Noin 10 prosenttia potilaista hoidetaan operatiivisesti (Hammar 2011, 289). Operatiivisia hoitomuotoja on muun muassa lämpöhoito, laserhoito, avoin leikkaushoito ja höyläysleikkaus (Tammela 2010, 876–877). Opinnäytetyössämme keskitymme höyläysleikkaukseen.

2.2 Eturauhasen höyläys toimenpiteenä

Eturauhasen höyläys eli TURP (Trasurethral Resection of Prostate) on virtsaputken kautta tehtävä eturauhasen osapoisto. Tämä toimenpide on mahdollinen, jos eturauhasen liikakasvu ei ole huomattavasti suurta, eli liikakasvu on alle 100 grammaa tai tilavuus alle 100 ml. Toimenpide tehdään joko yleisanestesiassa tai spinaalipuudutuksessa eli selkäydinpuudutuksessa virtsaputken kautta. Kirurgi kuljettaa tähytysinstrumentin eturauhasen sisälle, missä hän poistaa ahtaavaa kudosta lastuina sähkötoimisella instrumentillaan. Kudosta poistetaan muutamasta grammasta kymmeneen grammaan ja poiston jälkeen virtsaputken alkuosa on jälleen avoin. (Boström 2015, 31.)

Eturauhasen höyläyksestä hyötyy jopa 90–95 % potilaista ja yli 80 prosentilla potilaista oireet vähenevät 75 % (Boström 2015, 31; Tammela 2010, 877). Virtsasuihku paranee huomattavasti ja jäännösvirtsan määrä vähenee yli 50 %. Myös eturauhasen liikakasvuun käytetty lääkitys voidaan usein lopettaa (Boström 2015, 31). Leikkauksuolleisuus on hyvin pieni, alle 0,2 % (Tammela 2010, 877). Hoidon komplikaatioita on TUR-oireyhtymä, verenvuoto, tulehdus, virtsan pidätyskyvyn heikkeneminen sekä rakonkaulan tai virtsaputken arpikoulu (Boström 2015, 32; Hammar 2011, 293–294; Tammela 2010, 877). TUR-oireyhtymän oireita on epämääräinen huonovointisuus, kipu, hartiapistos, verenpaineen ja sykkeen nousu ja sitten lasku, sydänoireita, keskushermosto-oireita sekä laboratorioarvojen muutoksia (Hammar 2011, 294).

Höyläyksen jälkeen virtsarakkoon asetetaan katetri, jonka kautta huuhdellaan rakkoa. Katetria pidetään 1–2 vuorokautta. (Boström 2015, 31.) Kuopion yliopistollisessa sairaalassa HERKO-toiminnassa potilailla pidetään kestopidettä alle vuorokausi, koska he kotiutuvat ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Heille opetetaan toistokateetrointi, jos virtsaaminen ei onnistu luonnollista reittiä. Kertakateetroinnin opettaminen potilaille on yksi aikaavievin asia potilasohjauksessa ennen kotiutusta. HERKO-toiminnassa hoitajat kehoittavat potilaita juomaan reilusti, jotta virtsaa erittyisi enemmän ja spontaani virtsaus onnistuisi helpommin. (Mononen 2017.)

2.3 HERKO-toiminta

Yhä useammat potilaat hoidetaan nykyisin lyhytkirurgisesti (Martikainen & Musialowicz 2015, 118–120). Jos potilas ei sovellu lyhytkirurgiaan, häntä hoidetaan pre- ja postoperatiivisesti vuodeosastolla. Nykypäivänä HERKO-toiminta on kansainvälisesti tunnettua ja se kantaa montaa eri nimeä. Suosituimpia nimityksiä ovat 23-h service, enhanced recovery program ja extended day only. Toiminta sopii parhaiten potilaille, jotka eivät sovellu päiväkirurgiaan, mutta tarvitsevat maksimissaan vuorokauden seurannan kirurgisen toimenpiteen/leikkauksen jälkeen. Potilasohjauksen näkökulmasta HERKO-toiminta vastaa päiväkirurgista toimintamallia, mutta seuranta on pidempi verrattuna PÄIKI:iin. HERKOsta on tehty kansainvälisiä suosituksia ja ohjeistuksia. (Verma, Alladi, Jackson, Johnston, Kumar, Page, Smith, Stocker, Tickner, Williams & Young 2011, 417–434.)

HERKO-toiminnassa leikkaus- tai toimenpidepotilaat viettävät leikkauksen jälkeisen yön heräämössä, mutta viipyvät sairaalassa leikkauksen jälkeen alle vuorokauden. Toimintaa on kehitelty LEIKO:oon ja PÄIKI:iin pohjautuen. Kaikissa näissä toimintamalleissa potilas tulee sairaalaan toimenpideaamuna, ilmoittautuu ja menee leikkausyksikköön. Toimenpiteen jälkeen potilas siirretään heräämöhön, heräämöö vastaavaan tilaan tai tilaan heräämön välittömässä läheisyydessä. Potilas viettää yön heräämössä ja kotiutuu seuraavana aamuna ilman lääkärin tapaamista, jos potilaan tila sen mahdollistaa. Kaikki potilaan tarvitsemat lomakkeet, kuten sairaslomatodistus, lääkemääräykset ja jatkohoito-ohjeet, tehdään potilaalle valmiiksi seuraavaan aamuun mennessä, jolloin potilaan on tarkoitus kotiutua. (Niskanen 2014, 431–432; Martikainen & Musialowicz 2015, 117–118.)

HERKO-toiminta on Suomessa melko uusi käsite ja toimintamalli, eikä siitä vielä ole kovin paljon tutkimustietoa. Suonpää (2015) on tutkinut HERKO-toiminnan aloittamisen myötä tapahtunutta muutosta ja toiminnan kehittämistä sairaanhoitajien kokemana. Tutkimuksessa sairaanhoitajien kokemukset HERKOsta ovat pääosin positiivisia. Heidän mielestään toiminta on sujuvaa, hoitoprosessi nopea ja ohjaus asiantuntevaa. Kehittämiskohteiksi nimettiin muutoksen nopea eteneminen ja toiminnan suunnittelemattomuus. Toiminta nähtiin kuitenkin pääosin tervetulleena muutoksena. (Suonpää 2015, 49.)

Verma ym. (2011, 424–425) tuovat artikkelissaan esille potilaan näkökulman. Nykypäivän trendi on siirtyä yhä enemmän lyhythoitaiseen kirurgiaan, jonka puitteissa tehdään yhä enemmän ja vaativampia operaatioita yhä sairaammille potilaille. Lyhythoitaisessa kirurgiassa korostuu pre-, intra- ja postoperatiiviset seikat. Potilaan hoidon tulee olla hyväksytyjen ja näyttöön perustuvien periaatteiden mukaista, jotta toiminta on mahdollista ilman, että potilasturvallisuus vaarantuisi. (Verma 2011, 424–425.) Kuopion Kaarisairaalassa leikkauspotilaita on hoidettu HERKO-toimintamallin mukaan heti sairaalan valmistumisesta lähtien. Myös Kuopiossa toimintamallin taustalla on hoitopäivien vähentäminen, hoitojaksojen lyhentäminen ja avohoitotoiminnan edistäminen, mikä lisää kustannustehokkuutta. Jo ennen HERKO-toiminnan aloittamista suurin osa potilaista vietti vuodeosastolla vain vuorokauden toimenpiteen jälkeen. HERKOn myötä vuodeosastoilta vapautuu paikkoja ja resursseja vaativaa postoperatiivista hoitoa tarvitseville. (Martikainen & Musialowicz 2015, 118–120.)

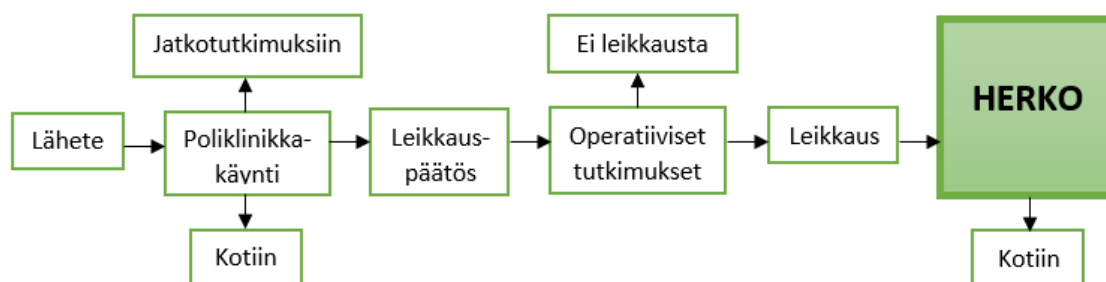
2.4 Nopeutettu hoitoprosessi

Nopeutetun hoitoprosessin mallin gastrokirurgiaan on kehittänyt tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet. Mallissa koko hoitotiimi pyrkii yhdessä potilaan kanssa tasapainottamaan hoitoa, anestesiaa, nestehoitoa, leikkausta, kivunhoitoa ja kuntoutusta. Nopeutetulla hoitoprosessilla tavoitellaan potilaan nopeaa kotiutumista ja paluuta normaaliin toimintaan kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Samalla pyritään välttämään myöhemmin ilmeneviä komplikaatioita tai potilaan joutumista uudelleen sairaalahoitoon. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 126.)

Potilaan hoitoprosessi alkaa siitä, kun potilas hakee apua terveysongelmaan. Avoterveydenhuollossa lääkärin vastaanottolla potilas saa diagnoosin ja tarvittaessa lähetteen tarvittaviin lisätutkimuksiin. Lisätutkimuksien perustella lääkäri päättää potilaan tulevan hoitopolun. Mikäli potilaalla todetaan joku leikkausta vaativa vaiva, lääkäri kirjoittaa lähetteen kirurgian poliklinikalle. (Anttalainen-Kulmala, Nordström & Saarinen 2013, 14.) Nopeutetussa hoitoprosessissa tässä kohtaa avainasemassa on hoidonsuunnittelija. Hän haastattelee potilaan, kartoittaa hänen terveydentilansa kokonaisvaltaisesti ja arvioi leikkauksen riskit. Potilas ohjataan anestesiaalääkärin arvioon vain, jos hoidonsuunnittelija huomaa tekijöitä, jotka nostavat leikkausriskiä. (Martikainen & Musialowicz 2015, 119-120.) Potilaalla itsellään on itsemääräämisoikeus omasta hoidostaan, joten kaikki sairauden liittyvät päätökset pitää tehdä yhdessä potilaan kanssa (Anttalainen-Kulmala, Nordström & Saarinen 2013, 14).

Viime vuosien aikana kirurgisessa hoidossa on tapahtunut paljon muutoksia. Hoidon menetelmien kehittäminen on vaikuttanut kirurgisen hoidon tulosten paranemiseen. Kirurgian, anestesian ja kivun hoito kehittyy nopeasti, minkä myötä hoidon tulokset paranevat. Fast track -kirurgia on yksi uusista menetelmistä, jolla pyritään parantamaan potilaan terveystuloksia ja lyhentämään sairaalassaoloaikaa. Nopea kotiutuminen edellyttää hyvää, moniammatillista yhteistyötä, potilaan kattavaa ohjausta ja neuvontaa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 126.) Lisäksi nämä menetelmät tuovat säästöjä ja hoitoprosessin odotetaan sujuvoituvan (Martikainen & Musialowicz 2015, 121).

Nopeutettuja hoitoprosesseja on erilaisia ja ne kulkevat erilaisilla nimillä. Yleisimpiä nimityksiä on lyhythoitoinen kirurgia (LYHKI), päiväkirurgia (PÄIKI), leikkaukseen kotoa (LEIKO) ja heräämöstä kotiin (HERKO). Kuviossa 1 nähdään, miten tärkeä nopeutetussa hoitoprosessissa on preoperatiivinen vaihe. Hyvä ja tarkka valmistautuminen ennen leikkausta korreloi nopean kotiutumisen kanssa.



KUVIO 1. HERKO-toiminta potilaan hoitoprosessissa (Ahonen ym. 2013, 126).

2.5 Potilaan kotiuttaminen

Lyhythoitaisen kirurgian lisääntyminen on tuonut mukanaan niin etuja kuin myös haittoja. Parhaimmillaan nopea kotiutuminen kotiutuskriteerien täytyessä vähentää laitostumista ja infektioriskiä sekä potilaat mobilisoituvat paremmin. (Norlyk & Harder 2011, 165–173.) Myös potilaat itse haluavat viettää sairaalassa mahdollisimman vähän aikaa ja kotiutua voinnin salliessa mahdollisimman nopeasti (Martikainen & Musialowicz 2015, 121). Pahimmillaan taas potilaalle voi jäädä ahdistusta toimenpiteestä tai omainen voi kokea potilaan hoitamisen kotona liian raskaaksi. On tärkeää, että potilaat saavat laadukasta potilasohjausta ja heidän jatkohoidonsa on koordinoitua. (Norlyk & Harder 2011, 165–173.) Tärkeää on, että potilasohjaus toteutetaan laadukkaasti ja potilaita kuunnellaan, koska hyvän ohjauksen saaneet leikkauspotilaat toipuvat leikkauksesta ja voivat kotiutua nopeammin.

HERKO-potilaat kotiutuvat postoperatiivisen päivän aamuna jo ennen klo 9, joten kotiutusprosessia tulee ennakoida (Mononen 2017). Leikkauspäätöksen ja päätöksen lyhytkirurgisesta toimenpiteestä tekee lääkäri. Ennen kuin potilas tulee toimenpiteeseen, hoidonsuunnittelija soittaa potilaalle. Hoidonsuunnittelija kertoo toimenpiteeseen liittyviä asioita, eli hän ohjaa potilasta toimenpiteeseen valmistautumista. Potilaalle kerrotaan joko lääkärin vastaanotolla tai hoidonsuunnittelijan soittaessa, että hän tulee kotiutumaan seuraavana aamuna toimenpiteestä. Potilaan tulee itse tietää tämä, että hän voi järjestää kyydin ja kotiasiat kuntoon ennen kuin hän tulee sairaalaan toimenpiteeseen. Hoitajat huolehtivat, että sairaslomatodistukset ja reseptit ovat valmiina potilaan kotiutuessa. (Martikainen & Musialowicz 2015, 120–121.) Toimenpiteen jälkeisenä aamuna hoitajat ohjaavat HERKO-potilaita ja kotiuttavat potilaat. Hoitajien tulee varmistaa, että kotiutumiskriteerit täyttyvät jokaisen HERKO-potilaan kohdalla. On tärkeää, että kotiutumisprosessia on ennakoitu, koska hoitajien aamut ovat kiireisiä. (Mononen 2017.)

Potilaalle tulee antaa kirjalliset hoito-ohjeet ja ne tulee käydä myös suullisesti läpi potilaan kanssa ennen hänen kotiutumistaan. Hoitajan tulee varmistua, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen, mahdolliseen lääkehoitoon liittyvät asiat, kerrata asioita potilaan kanssa sekä ohjata potilasta tutustumaan luotettaviin lisätietolähteisiin. Kun potilas kotiutuu heräämöstä, hän saa lääkäriltä jatkohoito-ohjeet ja kirjallisen selvityksen sairaalassaolosta, jossa lukee muun muassa heräämön puhelinnumero sekä lääkitykseen liittyviä ohjeita. (Mononen 2017.) Reseptit, sairaslomatodistukset ja

jatkohoito-ohjeet pyritään tekemään valmiiksi jo heti leikkauksen jälkeen (Martikainen & Musialowicz 2015, 120–121). Tämä helpottaa seuraavan aamun hoitajien työmäärää HERKO-toiminnassa. Kanyyli poistetaan potilaalta juuri ennen kotiutumista. Jokaisesta potilaasta tehdään hoitotyön yhteenveto, jolloin yhtenäisten kirjaamiskäytänteiden merkitys korostuu entisestään. (Mononen 2017.)

Potilaan kanssa tulee harjoitella katetrointia niin kauan, että potilas selkeästi hallitsee sen ennen kotiutumistaan, jos virtsaus ei onnistu spontaanista. HERKO-potilaiden ei välttämättä tarvitse viettää yötä heräämössä. Jos potilas on hyväkuntoinen ja kotiutuskriteerit täyttyvät, hän voi kotiutua jo toimenpidepäivänä. Samoin kuin jos PÄIKI-potilas ei täytä kotiutuskriteereitä, hän voi jäädä HERKO-potilaaksi. Jos potilas ei ole vielä aamullakaan kotiutuskuntoinen, hänen voidaan siirtää jatkohoitoon vuodeosastolle tai oman kunnan terveyskeskukseen. Etenkin iäkkäitä HERKO-potilaita, jotka eivät ole täyttäneet kotiutuskriteereitä, on jouduttu siirtämään jatkohoitoon terveyskeskusten vuodeosastoille. (Mononen 2017.)

Päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerit:

- vakaat vitaaloelintoiminnot
- paikkaan ja aikaan orientoituminen
- käveleminen ilman tukea
- pukeutuminen omin avuin
- juominen ja virtsaaminen onnistuu
- ei liiallista pahoinvointia tai oksentelua (lääkitys ei auta)
- ei liiallista kipua (ei pärjää suun kautta otettavilla kipulääkkeillä)
- ei verenvuotoa tai tihkuttamista haavasta.

(Karma ym. 2016, 18.)

3 POTILASOHJAUS JA TARKISTUSLISTA

3.1 Potilaan ohjaaminen

Potilasohjaus voidaan määritellä monella tavalla. Potilasohjaus on vuorovaikutustilanne, jossa hoitaja ja potilas kohtaavat toisensa (Lukkari, Korte & Kinnunen 2013, 35–37.) Potilasohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa ja samalla yksi hoitotyön keskeinen osa-alue (Hyvärinen 2005, 1769–1770.) Tässä työssä ohjaus on näyttöön perustuvan tiedon jakamista ja taitojen ohjausta. Ohjaustilanteessa hoitajan tulee tunnistaa ohjauksen tarve eli mihin asioihin juuri tämän potilaan kanssa ohjaukseksa keskitytään (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 69–70).

Potilasohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka tähtää potilaan auttamiseen (Hyvärinen 2005, 1769–1770.) Onnistunut ohjaus vaatii potilaan oppimisen, tuen tarpeen sekä lisäohjauksen tarpeen määrittelyä. Jotta ohjauksesta on hyötyä potilaalle, potilaan tulee ymmärtää ohjaus ja osata toimia sen mukaisesti. Hoitajan tulee löytää keinot, joiden avulla saadaan aikaan onnistunut ohjaus. Näitä keinoja käyttämällä hoitaja suunnittelee ja toteuttaa potilasohjauksen. (Lukkari, Korte & Kinnunen 2013, 35–37.) Yleensä ohjaus tapahtuu luonnollisesti hoitotyön lomassa, joten sen tutkiminen on haastavaa. Tästä johtuen myös hyvän potilasohjeen laatiminen ei ole yksinkertaista. Siihen vaikuttavat monet tekijät, kuten kohderyhmä, ohjeen laatijat, ohjeen aihe ja ohjausympäristö. Usein itse sisältöä tärkeämpää on se, miten hoitaja toteuttaa ohjauksen ja miten hoitaja asennoituu ohjaukseen. Hoitajan lisäksi ohjaukseen vaikuttaa potilas ja hänen yksilöllisyys ja asenteet. Tärkeintä on varmistaa, että potilas ymmärtää ohjeet. Potilaan omalle vastuulle jää ohjeiden noudattaminen, joten on tärkeää, että ohjaus suoritetaan potilaslähtöisesti. (Hyvärinen 2005, 1769–1770.)

Potilasohjauksen tekniikoita on yhtä paljon kuin on hoitajiakin, koska jokaisella on oma tapansa ohjata potilasta. Tavoitteena ohjaukselle nähdään, että potilas saa mahdollisimman kattavaa tietoa, jotta hän voi jatkaa itsehoitoa mahdollisimman hyvin ja osaavasti. (Lukkari ym. 2013. 32–35.) Potilaskeskeisessä ohjausmallissa potilas nähdään itse aktiivisena toimijana, joka toimii omien voimavarojensa puitteissa. Tässäkin mallissa tulee muistaa ammattilaisen vastuu, koska potilas on aina potilas. (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 3–4.) Kehittämistyössämme pyrimme toteuttamaan nimenomaan potilaskeskeistä ohjausmallia, joka ilmenee muunmuassa tarkistuslistan sanamuodoissa ja toteutuksessa.

Potilaan ollessa aktiivinen toimija, ohjaus on ikään kuin vuoropuhelua. Potilas nostaa esille asioita ja teemoja, joihin hän kaipaa ohjausta ja hoitajan tehtävä on tarttua näihin. Potilas on oman elämänsä asiantuntija, mutta hoitajan tulee toimia oman asiantuntijuutensa perusteella. Hoitaja tarjoaa potilaalle tietoa ja opettaa taitoja, joita potilas tarvitsee kotiuduttuaan. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 69–72.) Molemmilla on ohjauksessa tärkeä rooli: potilaalla oman elämänsä asiantuntijana, hoitajalla vuorovaikutuksen ja ohjattavan aiheen asiantuntijana. Potilaat ovat erilaisia, mikä vaatii hoitajalta kykyä muokata omaa ohjaustaan potilaan mukaan. Jotta tämä onnistuu, hoitajalla tulee olla hyvä ohjausosaaminen, ajantasaista, näyttöön perustuvaa tietoa ja taitoja. (Kääriäinen 2010, 26–30.)

Tulevaisuudessa tavoitteena on, että potilasta itseään osallistetaan yhä enemmän potilasohjauksessa (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 8–9). Tarkistuslistassamme esimerkiksi potilaan tulee itse harjoitella ja oppia toistokatetrointi, jos virtsauksen kanssa on ongelmia. Potilasohjauksen laatuvaatimukset kasvavat jatkuvasti valtavan informaatiotulvan myötä. Tulevaisuudessa potilasohjaus tulee myös lisääntymään. (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 8–9.) Toinen tärkeä huomioitava seikka ohjauksessa on se, että hoitoajat ovat lyhentyneet huomattavasti vuosien takaisesta. Potilaat kotiutuvat mahdollisimman nopeasti esimerkiksi leikkauksen jälkeen, mikä tuo omat haasteensa ohjaukseen; ohjaukselle on vähemmän aikaa ja potilaalla itsellään on enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Jotta tämä toteutuu, ohjauksen tulee olla selkeää ja näyttöön perustuvaa. (Lukkari, Korte & Kinnunen 2013, 32–35.)

Potilasohjaukseen haasteet liittyvät ohjauksen monimuotoisuuteen. Ohjauksen tulisi olla nimenomaan potilaalle suunnattua, sen tulisi edetä loogisesti, olla selkeää ja yleiskielistä. Vieraskielisiä sanoja tai lääketieteen termejä kannattaa välttää, tai ne tulee selittää potilaalle. Potilaan tulee tietää, mitä tehdä, että oireet lievittyisivät tai ne eivät ainakaan pahenisi sekä milloin tulee hakeutua takaisin hoitoon. Ohjaus kannattaa aloittaa tärkeimmistä seikoista ja lopuksi ne, jotka ovat vähäpätöisempiä. (Hyvärinen 2005, 1769–1770.) Ohjauksessa korostuu aina potilaan tarpeet. On huomioitava myös se, kuinka paljon potilas itse jo tietää kyseisestä asiasta. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10–12.) Huonolla tai puutteellisella ohjauksella voidaan tuhota hyvät primaariset hoitotulokset (Lipponen 2008, 122).

Eturauhasen höyläyspotilaan ohjaus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: sairaalaan tulovaihe, osastovaihe ja sairaalasta lähtövaihe (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11). Tässä opinnäytetyössä käsitellään tarkistuslistaa, jota käytetään kotiutusvaiheessa, joka on siis sairaalasta lähtövaihetta. Sairaalasta lähtövaiheeseen kuuluu kotiutus ja jatkohoito. Painoalueita lähtövaiheen ohjauksessa on kotihoidon ohjaus, jatko- ja kotihoidon varmistaminen, tarvittavien yhteystietojen antaminen, epäselvien asioiden selvittäminen sekä ohjauksen tarpeellisuuden arvioiminen yhdessä potilaan kanssa. Potilasta ohjataan mahdollisissa kotihoitotoimenpiteissä, annetaan potilaalle kirjalliset ohjeet ja muu materiaali, kontrolli-ajat sekä kerrataan sairauteen liittyvät riskitekijät. On myös tärkeä kirjata potilasohjauksen sisältö. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11.)

HERKOssa potilaat kotiutuvat alle vuorokauden sisällä sairaalaan tulosta (Martikainen & Musialowicz 2015, 117). Hoitoaika on lyhyt, mikä tuo ohjaukselle omat haasteensa. Potilaat vasta toipuvat leikkauksesta, joten heidän tulee osata toteuttaa itsehoitoa kotona. Tämän myötä ohjauksen tulee olla tehokasta, jotta potilas selviytyy kotona. Ohjauksella pyritään takamaan potilaiden kotona selviytyminen, vähentämään postoperatiivisia komplikaatioita sekä opettamaan potilas reagoimaan oikein mahdollisiin komplikaatioihin. (Lukkari, Korte & Kinnunen 2013, 32–35.)

3.2 Tarkistuslista hoitajan työvälineenä

Hoitaja tarvitsee ohjauksen tueksi jonkin työvälineen, kuten esimerkiksi tarkistuslistan. Tarkistuslista on myös yksi ohjauksen laadunvarmistusstrategia (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 9). Tarkistuslista on lista, jossa on tarkistettavat asiat allekkain lueltuna. Jokainen kohta luetaan ääneen ja samalla

tarkistetaan, että kyseinen kohta on kunnossa. Yleensä kohdan perässä on pieni laatikko, johon voidaan laittaa ruksi, kun asia on tarkistettu. Tarkistuslistan täyttäminen on nopeaa, sen sujuva käyttö vie aikaa noin 2-3 minuuttia. Leikkaussalin tarkistuslistassa on esimerkiksi kohdat: onko potilaalta varmistettu henkilöllisyys, onko potilaalla allergioita ja onko toimenpidepuoli varmistettu. (Ikonen & Pauniahho 2010, 108–109.) Potilaat hyötyvät hyvin tehdyistä ja tehokkaasti käytetyistä tarkistuslistoista (Walker, Reshamwalla & Wilson 2012, 6).

Kirurgisiin operaatioihin liittyy aina riski komplikaatioista ja ne aiheuttavat myös kuolemia (Walker ym. 2012, 1). Leikkaussalin tarkistuslistan tekijä on WHO:n potilasturvallisuusliitto World Alliance for Patient Safety (WAPS). Vuonna 2007 WAPS käynnisti ohjelman, jonka tarkoituksena oli vähentää leikkaushaittoja ja tavoitteena kehittää leikkaustiimin tarkistuslista. Ilmailualalla tarkistuslistoja oli käytetty jo pitkään lentoturvallisuuden parantamiseksi, joten tarkistuslista luotiin ilmailualan mallin pohjalta. Vuonna 2008 WHO julkaisi leikkaustiimin tarkistuslistan, josta kehitettiin kirurgisen leikkauspotilaan leikkausturvallisuuden, tiimityön ja tiedonkulun parantamisen apuväline ja työkalu. Tarkistuslistassa oli 19 kohtaa, joiden avulla voidaan varmistaa, että potilasta koskevat tiedot on tarkastettu, tarpeelliset toiminnot tehty ja mitään ei ole unohdettu ennen leikkauksen aloittamista, jatkamista tai päättämistä. (Ikonen 2010, 78.)

Tarkistuslistaa alettiin käyttää Suomen leikkaussaleissa 2000-luvulla. Se on parantanut potilasturvallisuutta, mutta sen käyttöä tulee harjoitella. Tarkistuslistan käytöstä on niin suomalaisia kuin ulkomaisiakin tutkimuksia, joiden mukaan se on hyödyllinen ja potilasturvallisuutta lisäävä työväline. Potilaille tapahtuvissa haittatapahtumissa on taustalla usein inhimillinen virhe. (Ikonen & Pauniahho 2010, 108–111.) Tarkistuslista on helppo ja halpa tapa, jolla voidaan vähentää näiden virheiden määrää (Aarnio, Ikonen, Kangasmäki, Karjalainen, Kontsas, Kujala, Pauniahho, Saario, Savunen & Sivula 2009, 516–517). Sen käyttö on vähentänyt myös postoperatiivisten infektioiden riskiä (Ikonen & Pauniahho 2010, 108–111).

Parhaimmillaan ja toimivimmillaan tarkistuslista on työväline, joka edistää turvallisuutta ja vähentää myös kustannuksia. Työelämässä on havaittu, että tarkistuslistojen käyttö lisää potilasturvallisuutta ja standardoi toimintaa. (Miettinen 2012, 12.) Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston mukaan tarkistuslistan asianmukaisella käytöllä voidaan estää tai välttää toimintavirheitä. Valvira suositaakin, että hyväksi havaittuja potilasturvallisuuden työkaluja, kuten tarkistuslista, tulee käyttää ja kehittää. Valviran mukaan on hyvä, että tarkistuslistan käyttö on edennyt Suomessa. (Valvira 2015.)

Tarkistuslista on siis työväline, joka sisältää turvallisuuden kannalta oleelliset toiminnot tai kriteerit. Asiat tarkistetaan systemaattisesti samalla tavalla joka ikinen kerta. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 209.) Samalla listojen käyttö vähentää turhien asioiden tarkistamista ja sen käyttö on halpaa ja helppoa. Tämän myötä tarkistuslistoja on alettu kehittämään yhä enemmän työelämän vaatimuksia vastaaviksi. Paras tarkistuslista on yksinkertainen, helposti saatavilla oleva ja yksikköön sopiva. (Miettinen 2012, 12.) Esimerkiksi leikkaussalin tarkistuslista on hyvin erilainen verrattuna vuodeosaston tai heräämön leikkauslistaan. Sen tehtävä on kuitenkin sama kaikkialla: toimia muistin tukena, menetelmien ja hoidon yhdenmukaistamisessa, arvioinnin apuna sekä

diagnoosin määrittelyn apuna. Tarkistuslistaa tehdessä tulee aina huomioida yksikkö, sen tarpeet, toiminnallisuus yksikössä ja mahdollisimman turvallinen toiminta. (Helovuola ym. 2012, 209.)

Tarkistuslista on melko uusi asia hoitoalalla. Siihen ei ole vielä standartoitua mallia, jonka pohjalta listaa voisi muokata eri aloille sopivaksi. Tutkimusten ja näytön perusteella voidaan kuitenkin suositella tarkistuslistojen kehittämistä. Jos tarkistuslista on tehty näyttöön perustuen, niiden avulla voidaan siirtää tietoa käytäntöön. (Winters, Gurses, Lehmann, Sexton, Rampersad & Pronovost 2009.) Tarkistuslistan tekeminen vaatii paneutumista aiheeseen, palautetta, testausta ja jatkuvaa kehittämistä (Walker ym. 2012, 2).

Osa hoitajista kokee tarkistuslistan käytön helpommaksi, toisilla siihen tottuminen vie aikaa. (Ikonen 2010, 78–81.) Tarkistuslistan käyttöönotto ei ole täysin yksinkertaista. Se vaatii johtajuutta, juostavuutta, uudenlaista tiimityöskentelyä sekä henkilökunnan koulutusta. Johdon tulee sitoutua käyttöönottoon ja kouluttaa henkilöstö. (Ikonen 2010; 78–81; Walker ym. 2012, 1.) Työyksiköstä voidaan koota tiimi, joka perehtyy listaan ja laatii käyttöönottosuunnitelman, jonka pohjalta henkilöstöä koulutetaan. Aloitusvaiheessa on hyvä huomioida myös työyhteisön toimintakulttuuri ja sen erikoispiirteet. (Ikonen 2010, 78–81.) Tarkistuslistan myötä hoitajan ei tarvitse luottaa omaan muistiin, minkä myötä myös virheiden määrät vähenevät. Sen käyttö edesauttaa tiimin kommunikointia ja tiimityöskentelyä. (Walker ym. 2012, 2.)

3.3 Potilasturvallisuus potilasohjauksessa

Hoidon turvallisuus tulee varmistaa. Tällä tarkoitetaan sitä, että toiminnassa on järjestelyjä sekä menettelytapoja, jotka vahvistavat toiminnan sietokykyä erilaisille poikkeamille. Lisäksi tehtävänä on myös saavuttaa tavoiteltu hoitotulos. Esimerkki tällaisesta hyvästä menettelytavavasta on tarkistusmenettelyt. Tarkistusmenettelyillä voidaan tarkistaa, onko asiat tehty asiaankuuluvasti tai onko ne muistettu tehdä. Esimerkiksi WHO:n kirurginen tarkistuslista on hyvä tarkistusmenettely. (Helovuola ym. 2012, 13.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt, että potilasturvallisuuteen kuuluu terveydenhuollon organisaatioiden ja yksiköiden toiminnot ja periaatteet, joilla suojataan potilasta vahingoilta ja varmistetaan, että hoito on turvallista. Oikeaan aikaan ja oikein toteutettu hoito on turvallista. (Helovuola ym. 2012, 13.) Tähän liittyy myös potilaan hoidon jatkumisen turvaaminen. Hoidon jatkuminen taataan kirjallisen ja suullisen tiedonsiirron myötä, eli kirjauksilla ja suullisella raportilla. Suullista tiedottamista, eli raporttia, käytetään jonkin verran työvuorojen vaihtuessa. Edellisen vuoron hoitaja raportoi potilaasta suullisesti seuraavan vuoron hoitajalle, jolloin turvataan hoidon jatkuvuus työvuorojen vaihtuessa. Suullisen raportin tueksi tarvitaan myös kirjallista tiedonsiirtoa. Kirjallisessa tiedonsiirrossa, eli raportoinnissa, tärkeitä asioita on kirjata potilaan hoitoon liittyvät asiat oikein, riittävän selkeästi ja laajasti sekä raportoida potilaan tilassa tapahtuneista muutoksista. (Iivanainen, Jauhainen & Pikkarainen 2005, 49–51, 65.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän kehittämistyön tarkoitus oli suunnitella ja tuottaa tarkistuslista eturauhasen höyläyspotilaan kotiutusohjauksesta HERKOn hoitohenkilökunnalle. Nykyisin kaiken hoidon tulisi olla näyttöön perustuvaa toimintaa. Potilaiden hoidossa se tarkoittaa sitä, että parasta sekä ajankohtaisinta tietoa käytetään harkiten. Paras ajankohtainen tieto voi olla esimerkiksi luotettavaksi arvioitua tietoa, kuten asiantuntijoiden konsensus asiasta. (Hotus 2017.) Olemme käyttäneet lähteinä kirjallisuutta, tutkimuksia ja hoitajien tietoa eturauhasen höyläyspotilaiden kotiuttamisprosessista.

Tavoitteena oli koota tarkistuslistaan ydinasiat eturauhasen höyläyspotilaan ohjauksesta. Tämä helpottaa HERKOn hoitajien työtä ja toimii heille apuvälineenä, erityisesti uusilla työntekijöillä ja opiskelijoilla. Työstä hyötyvät ensisijaisesti hoitajat, joiden työtä tarkistuslista tulee helpottamaan. Myös potilaat hyötyvät tarkistuslistasta, koska tarkistuslistan käytön myötä kaikki tärkeät asiat tulee kerrottua potilaalle. Jos tarkistuslista liitetään potilaan papereihin, esimerkiksi postoperatiivisena aamuna vuorossa olevat hoitajat tietävät, mitä asioita potilaan kanssa on jo käyty läpi ja mitä ei.

Kehittämistyön hyödynnettävyys. Tarkistuslista jää KYS:n HERKO-toiminnan hoitajien käyttöön. Alkupalaverissa hoitajat toivoivat omaa tarkistuslistaa jokaiselle erikoisalalle. Opinnäytetyömme myötä valmistuu yksi tarkistuslista yhdelle erikoisalalle, mutta sen myötä on mahdollista tehdä tarkistuslistoja myös muille erikoisaloille.

Tässä opinnäytetyössä käsitellään potilasohjausta tarkistuslistan pohjalta. Tulevina terveydenhuollon ammattilaisina myös opiskelijoilla tulee olla hyvät ohjaustaidot. Tämän opinnäytetyön myötä tavoitteena on kehittyä potilasohjauksessa. Potilasohjaus on yksi erityisesti terveydenhoitajien perustaitoja. Hoitajat käyttävät ohjausta lähes jokaisessa potilaskontaktissa, joten on tärkeää, että ohjaustaidot kehittyvät jo opiskeluaikana. Toinen henkilökohtainen tavoite on saada tietoa HERKOsta sekä muista nopeutetuista lyhytkirurgisista hoitomuodoista. Tavoitteet toteutuvat aiheeseen paneutumalla, tietoa etsimällä ja opinnäytetyön tekemisen kautta.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS KEHITTÄMISTYÖNÄ

5.1 Kehittämistyö opinnäytetyönä

Opinnäytetyömme on kehittämistyö. Tekemisen prosessi alkaa aina ongelmasta, jolle halutaan tuottaa ratkaisu ja joka kiinnostaa tutkijaa. Kehittämistyössä halutaan aikaan muutos, joka tarkoittaa käytännössä parantunutta olotilaa tai ongelman poistumista. (Kananen 2015, 11.)

Kehittämistyön toteutustapa voi olla ohje, ohjeistus, opastus tai toiminnan järjestäminen (Vilkka & Airaksinen 2003, 9). Kehittämistyössä voidaan pyrkiä ratkaisemaan käytännön ongelmia tai uudistamaan käytäntöjä (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 18). Kehittämistyöhön kuuluvat tuotos ja raportti, jotka tehdään tutkimusviestinnän keinoin (Vilkka & Airaksinen 2003, 51). Hyvän opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen, koska silloin opiskelija voi syventää omia tietojaan ja taitojaan opinnäytetyön aiheesta. Tätä kautta opiskelija voi myös kehittää omaa ammatillista kasvuaan. (Vilkka & Airaksinen 2003, 16–17.) Opinnäytetyömme on kehittämistyö, jonka tuotoksena on tarkistuslista hoitajille eturauhasen höyläyspotilaan kotiutustilanteeseen. Kehittämistyöhön liittyvät tekstit on suunniteltava ja mukautettava kohderyhmää palveleviksi (Vilkka & Airaksinen 2003, 51). Kohderyhmä meidän työllämme on heräämön hoitajat, jotka kotiuttavat potilaat eturauhasen höyläysleikkauksen jälkeen. Opinnäytetyöllämme halusimme tuottaa hoitajille apuvälineen potilaiden ohjaukseen.

5.2 Kehittämistyön eteneminen ja toteuttaminen

Kehittämistyö on prosessi, joka etenee vaiheittain. Opinnäytetyöprosessi voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen: suunniteluvaihe, toteutusvaihe ja arviointivaihe. Nämä vaiheet on kuvattu alla kuviossa 2 Opinnäytetyöprosessi. Käytännössä nämä vaiheet eivät ole tarkkarajaisia, vaan prosessi edetessään voi pomppia vaiheesta toiseen. Vaiheiden konkretisointi auttaa kuitenkin hahmottaamaan sen, mitä kussakin prosessin vaiheessa tulisi tehdä ja mitä ottaa huomioon. (Ojasalo ym. 2014, 22–23.) Näiden vaiheiden lisäksi prosessiin, opinnäytetyön tekemiseen, kuuluu olennaisena osana kirjoittaminen. Kirjoittamista on sekä muistiinpanojen tekeminen että raportin kirjoittaminen. (Vilkka 2015, 79–81, 84.) Arviointivaiheen jälkeen opinnäytetyöprosessiin kuuluu prosessin päättäminen ja tulosten käyttöönotto.



KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessi

Yksi tärkeä osa prosessia on kirjoittaminen. Kuviosta 2 voi nähdä, että kirjoittaminen kuuluu erityisesti ideointi ja suunnittelu sekä toteutusvaiheeseen. Kirjoitusprosessi alkaa ideoinnilla ja päättyy viimeistelyyn. (Vilkkä 2015, 79–81.) Kirjoittamista ei tarvitse eritellä omaksi vaiheekseen, vaan kehittämistyössä voi välillä keskittyä tietoperustan kirjoittamiseen, välillä käytännön työn tekemiseen. Kirjoittamisen myötä voi saada apua myös kehittämistyön tekemiseen: aineiston ja tietoperustan kirjoittamisen myötä oman ajatukset saattavat selkiytyä ja syntyä uusia ideoita. (Ojasalo ym. 2014, 46.) Kirjoitusprosessin aikana tekstiä voi luonnostella vauhdilla ja muokata sitä myöhemmin. Tekstistä kannattaa pyytää palautetta useamman kerran ja muokata tekstiä palautteen perusteella. Ennen julkaisua tekstistä kannattaa pyytää kommentteja toimeksiantajalta, koska julkaisun jälkeen teksti on julkinen. (Vilkkä 2015, 79–81, 84.) Opinnäytetyöprosessin aikana kirjoittaminen on ollut prosessinomaista: kirjoitustahti on vaihdellut, tekstiä on muokattu lukemattomia kertoja ja siitä on pyydetty palautetta. Kirjoittaminen on ollut tarkistuslistan valmistumisen kannalta tärkeä osa prosessia, koska tarkistuslistamme perustuu näyttöön perustuvaan tietoon.

Suunnitteluvaihe

Opinnäytetyöprosessimme alkoi tammikuussa 2017, kun löysimme aiheen KYS:n verkkosivuilta. Aluksi aihe oli melko rajaamaton, urologisen potilaan ohjaus HERKO-toiminnassa. Pidimme maaliskuussa 2017 palaverin, johon osallistui työelämän edustajia HERKOsta KYS:sta. Keskustelimme työelämän tarpeista ja suurimmaksi tarpeeksi nähtiin tarkistuslistan kokoaminen. Kehittämistyön lähtökohtana voidaankin pitää kehittämiskohteen tunnistamista ja ymmärtämistä. Tunnistamisen jälkeen alkaa tiedonhaku ja näkökulman määrittäminen. Kehittämistyön suunnittelu ja toteutus nojautuu olemassa olevaan tietoon, tietoperustaan. (Ojasalo ym. 2014, 23–25.)

Keväällä 2017 haimme aiheesta tietoa, tutustuimme lähdemateriaaleihin, kirjoitimme opinnäytetyösuunnitelman sekä kävimme toukokuussa tutustumassa HERKO-toimintaan. Tiedonhaussa käytimme muun muassa seuraavia tietokantoja: Cinahl Complete, Arto, Melinda ja Medic. Tietokantojen lisäksi etsimme aiheesta tutkimuksia ja asiantuntijoiden kirjoittamia artikkeleita. Hakusanoin käytettiin heräämöstä kotiin, HERKO, 23h heräämö, tiedonsaanti, extended day surgery, enhanced day surgery, next day discharge, 23 hour recovery, patient education sekä patient information. Hakua rajasimme seuraavilla tavoilla: saatavilla verkossa, julkaistu vuosina 2008-2017 sekä kielenä suomi tai englanti. Työsuunnitelmaa varten olimme keränneet melko kattavasti lähteitä ja tietoperustaa myös opinnäytetyöraporttia varten. Tässä vaiheessa valtaosa lähteistämme oli kirjallisuutta, artikkeleita ja internet-lähteitä, tutkimustietoa meillä oli niukasti. Tutustuimme KYS:n verkkosivuilla KYS:n hoito- ja tutkimusohjeisiin, jotka liittyvät eturauhasen höyläyspotilaaseen sekä HERKO-toimintaan. Nämä ohjeet toimivat myöhemmin tukena, kun rakensimme tarkistuslistaa. Olimme löytäneet vain yhden Pro Gradu-tutkielman ja kaksi YAMK-opinnäytetyön aiheesta. Totesimme, että tutkimusaineistoa HERKO-toiminnasta on niukasti, potilasohjauksesta paljon.

Näyttöön perustuva tieto voi olla myös asiantuntijoiden konsesus asiasta (Hotus 2017), joten kävimme tutustumassa HERKO-toimintaan. Tutustumiskäynnillä hoitajat kertoivat, mitkä asiat ovat tärkeitä eturauhasen höyläyspotilaan ohjauksessa ennen kotiutusta. Olimme seuraamassa eturauhasen

höyläyspotilaiden ohjausta ja kotiutusta. Hoitajat keskustelivat potilaiden kanssa, konsultoivat lääkäreitä potilaan asioista ja kotiuttivat potilaat. Jos virtsaaminen ei onnistunut sponttaanisti, he opettivat potilaalle toistokatetroinnin ja tekivät lähetteen hoitotarvikejakeluun katetreja varten. Potilaan kanssa käytiin läpi toimenpidekertomus ja muut postoperatiiviseen hoitoon liittyvät asiat. Potilaita oli useita, joten yhdellä hoitajalla oli monta potilasta hoidettavana aamun aikana.

Kevään 2017 aikana muodostui myös meidän opinnäytetyömme tarkoitus ja tavoite. Tämän kehittämistyön tarkoitus oli suunnitella ja tuottaa tarkistuslista eturauhasen höyläyspotilaan kotiutusohjauksesta HERKOn hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena oli koota tarkistuslistaan ydinasiat eturauhasen höyläyspotilaan ohjauksesta. Tarkistuslistan kokosimme tutustumiskäyntien, HERKOn hoitajien kanssa käytyjen keskustelujen sekä kirjallisuuden pohjalta.

Toteutusvaihe

Tarkistuslista on selkeä ja lyhyt, maksimissaan yhden A4:n pituinen. Se on helppolukuinen, helpottaa ja nopeuttaa potilasohjausta ja siitä voi raksittaa kohdat, jotka on käyty läpi ohjauksessa. Hyvän potilasohjeen tekoon ei ole yhtä, selkeää ohjetta. Siinä on huomioitu kohderyhmä ja tilaaja, se on sopivan pituinen, selkeä ja loogisesti etenevä. (Hyvärinen 2005, 1769–1770.) Tämä pätee myös tarkistuslistan laatimiseen. Meidän tuli pohtia, mitkä asiat ovat tärkeitä ja miten ne tuodaan tarkistuslistassa esille lyhyesti, mutta selkeästi. Tarkistuslista on käytännön hoitotyöhön muistin apuväline, joka käyttää niin uudet työntekijät kuin kokeneetkin hoitajat. Listan avulla tulee helppo tarkistaa, että kaikki hoitoon liittyvät asiat tulevat tehdyiksi ennen kotiutumista. Tarkistuslistan avulla varmistetaan, että potilasta koskevat keskeiset tiedot on huomioitu ja kaikki tarpeelliset toiminnot on tehty ennen kotiutusta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

Alustava versio tarkistuslistasta valmistui heinäkuussa 2017 ja se on tämän työn liitteenä, LIITE 1. Tarkistuslistan alustava versio on tehty kirjallisuuden ja HERKOn tutustumiskäynnin perusteella. Lista on kerätty meidän mielestämme tärkeitä asioita, kuten virtsaus, lääkitys ja erilaiset selvitettävät asiat. Suunnitelmana oli antaa tarkistuslista koekäyttöön ja tehdä siihen hoitajien palautteen perusteella muutoksia, jotta se olisi mahdollisimman toimiva. Palautteen kerääminen on myös hyvä tapa arvioida omien tavoitteiden saavuttamista. Näin ollen arvio omasta onnistumisesta ei jää subjektiiviseksi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157.) Opinnäytetyöllämme osoitamme kykyä yhdistää ammatillinen taito ja teoreettinen tieto niin, että hoitajat hyötyvät tuloksesta eli tarkistuslistasta (Vilkkä & Airaksinen 2003, 159).

Arviointivaihe

Lähetimme opinnäytetyösuunnitelman ja alustavan tarkastuslistan (liite 1) tilaajalle, eli Kuopion yliopistollisen sairaalan, työelämän yhteyshenkilölle 2.8.2017. Saimme hyvää palautetta suunnittelusta ja muutaman kommentin tarkastuslistaan. Tilaaja ilmoitti, että tarkistuslistaa haluttaisiin kokeilla käytännössä HERKO-toiminnassa. Teimme muutamia korjauksia listaan ja viilasimme tarkistuslistan ulkonäköä. Korjattu tarkistuslista (liite 2) lähetettiin KYS:lle 14.8.2017. Sovimme, että hoitajat kokeilevat tarkistuslistaa käytännössä noin kuukauden ajan, jonka jälkeen saisimme palautetta tarkistuslistan käyttökokemuksista. Toivoimme käyttäjiltä kommentteja tarkastuslistan sisällöstä,

hyvistä ja huonoista puolista sekä ideoita ja ehdotuksia, kuinka voisimme muokata tarkistuslistasta mahdollisimman paljon heidän tarpeitaan vastaavan. Tarkistuslistaa oli käytetty lähes kaikkien eturauhasen höyläyspotilaiden kotiutuksessa HERKOssa. Alla kirjallinen palaute, jonka saimme hoitajilta HERKOsta.

”Tarkistuslista hyvä. Olisi hienoa jos joka erikoisalalta olisi samanlainen.”

”Onko työntekijän henk. koht. vai potilaan? Jos työntekijän niin pelkät rastit, että on käynyt läpi?”

Jos potilaan: Kuka? Työntekijä tehnyt. + - ? Aika? Kronologinen järjestys”

”Hyvä lista, varsinkin tässä tapauksessa auttoi, kun potilaan spontaani virtsaus ei onnistunut ja joutui opettelemaan kertakatetroinnin.”

” + selkeä + uudelle työntekijälle hyvä + kertaa hoitopolun asiat kävisi läpi joka tapauksessa jotta potilas pystyy kotiutumaan ehkä laminoituna tsekkilistana parempi”

”toimiva, hyvä check-list”

Näiden kommenttien perusteella tehtiin lisää muutoksia tarkistuslistaan. Erityisesti toinen kommentti herätti ajatuksia, onko lista potilaan vai hoitajan henkilökohtainen. Alun perin tarkoitus oli, että lista olisi potilasta varten, eli potilaan lista. Seuraavan vuoron hoitaja voisi jatkaa siitä, mihin edellinen hoitaja oli jäänyt. Kuten jo aiemmin mainittiin, tarkistuslistan käyttöönottoaminen vaatii henkilökunnan koulutusta ja siihen tottuminen voi viedä aikaa. Työyksikössä voitaisiin esimerkiksi laatia käyttöönottosuunnitelma, jotta tarkistuslistan käyttö yhdenmukaistuisi. (Ikonen 2010, 78–81; Walker, Reshamwalla & Wilson 2012, 1.) Toisaalta tämä kommentti herätti ajatuksia myös siitä, että riittääkö pelkkä asioiden läpikäynti potilaan kanssa? Pyrkimyksenä on potilaslähtöinen ohjaus, joten tarkistuslistasta tulisi näkyä, että potilas on ymmärtänyt ja sisäistänyt ohjauksen. Tämä on haaste, koska tarkistuslista on lyhyt ja tiivis. Jos hoitaja pohtii tällaisia asioita, luultavasti tarkistuslista ei vielä ole täysin potilaslähtöinen.

6 POHDINTA

6.1 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

EETTISYYS

Sana etiikka (ethos) on peräisin kreikan kielestä, joka tarkoittaa tapaa tai tottumusta. Nykyään etiikka määritellään moraalisen käyttäytymisen pohdinnaksi tai moraalin teoriaksi. Moraalilla tarkoitetaan käsitystä oikeasta ja väärästä, moraalinen toiminta taas on näistä käsityksistä muodostuvien arvojen mukaista toimintaa. (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Nieminen 2006.)

Vastuu opinnäytetyön eettisten käytäntöjen noudattamisesta kuuluu ensisijaisesti meille itsellemme, mutta myös ohjaajat voivat siihen vaikuttaa. Eettinen lista koostuu kahdeksasta osa-alueesta: rehellisyys, sosiaalisen vastuun, kiinnostus, tunnollisuus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. Opinnäytetyön tekeminen ei saa loukata ihmisarvoa ja tieteellistä informaatiota tulee käyttää eettisen vaatimuksen mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Meidän työssämme eettisyys näkyy siinä, että merkitsimme lähteet oikein ja huolellisesti, suunnittelimme ja aikataulutimme työmme, pyysimme ja saimme ohjausta työllemme, sovimme hyvissä ajoin tapaamiset, saavuimme niihin ajoissa ja valmistautuneina sekä sovimme etukäteen opinnäytetyöllemme sopivat raamit. Olemme aidosti kiinnostuneita aiheesta ja paneudumme opinnäytetyön tekemiseen huolellisesti. Työ tehdään rehellisesti, tunnollisesti ja tiedot käytetään eettisiä periaatteita noudattaen. Tässä opinnäytetyössä raportoidaan kaikki vaiheet ilman salaisuuksia.

Teemme opinnäytetyömme Kuopion yliopistollisen sairaalan eettisiä periaatteita noudattaen. KYS:n eettisiä periaatteita on kuvattu sairaalan tutkimusstrategiassa. KYS:n periaatteita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus, ammattitaito, yhteistyö, keskinäinen arvonto ja tuloksellisuus. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2011, 3.) Tehdessämme opinnäytetyötä, jonka tilaaja on KYS, pyrimme noudattamaan näitä arvoja ja periaatteita. Noudatamme näitä periaatteita niin, että olemme yhteydessä tilaajaamme tasaisin väliajoin, kunnioitamme tilaajan sekä HERKO hoitajien mielipiteitä ja ammattitaitoa sekä teemme laadukkaan tarkistuslistan. Emme myöskään käytä yksittäisiä potilaita esimerkkeinä tai loukkaa heidän yksityisyyttään työn tekemisen aikana. Tuloksellisuus ja vastuullisuus näkyvät työssämme niin, että pyrimme pitäytymään sovituissa aikatauluissa ja tekemään työmme huolella. Annamme KYS:lle luvan kehittää listaa eteenpäin. Opinnäytetyötä varten haimme KYS:ltä tutkimuslupaa, ja tutkimuslupa eli hankkeistamissopimus on opinnäytetyön liitteenä, LIITE 4.

LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön materiaalia voidaan pitää luotettavana, koska se perustuu rehellisyyteen, tiedon avoimuuteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen prosessin kaikissa vaiheissa. Kanasen (2015) mukaan teoriaosassa pyritään vastaamaan opinnäytetyön ongelmiin/kysymyksiin kirjallisuuden avulla. Lähteitä valittaessa tulee olla kriittinen ja arvioida lähteen luotettavuutta. Kananen ei suosittele käytettävän yli 10 vuotta vanhaa kirjallisuutta tai oppikirjalähteitä. Lähteistä suurin osa on viime vuosina kirjoitettuja,

mutta olemme käyttäneet viittä yli kymmenen vuotta vanhaa teosta. Nämä teokset/tutkimukset ovat olleet linjassa muiden lähteiden kanssa. Esimerkiksi Vilkan ja Airaksisen kirjoittamasta teoksesta Toiminnallinen opinnäytetyö (2003) ei löytynyt päivitettyä versiota. Teos sisälsi arvokasta asiaa kehittämistyöstä. Toinen vastaava lähde on Hyvärisen artikkeli Millainen on hyvä potilasohje? (2005). Tämä artikkeli liittyi työhömmä ja oli erityisesti suunnitteluvaiheessa hyvä lähde työllemme.

Opinnäytetyössä on käytetty ensisijaisesti kattavimpia alkuperäisartikkeleja, emmekä ole käyttäneet toissijaisia lähteitä. Luotettavuutta lisää myös se, että kirjallisuuteen sisäänotto- ja poissulkukriteerit sekä rajaukset ovat olleet samat koko ajan. Aineisto on monipuolista ja sen avulla pystytään vastaamaan avoimiin kysymyksiin. (Vilka & Airaksinen 2003, 73.) Sisäänottokriteerit ovat tarkkoja ja niiden pitää olla johdonmukaiset opinnäytetyön aiheen kannalta. Huolisesti tehty valintakriteereillä voidaan ehkäistä virheitä. Sisäänottokriteerit: valittu kirjallisuus on julkaistu vuosien 2007 -2017 aikana, kirjallisuus liittyy opinnäytetyön aiheeseen, kirjallisuuden julkaisukieli on suomi tai englanti. Poissulkukriteerit: kirjallisuus, joka on julkaistu ennen vuotta 2003, kirjallisuus, jolla alkuperäinen kirjoittaja tai vuosi eivät ole tiedossa, ei ole ammattilehtien artikkeli, kirjallisuus, joka ei sovellu suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään, julkaisut, jotka eivät ole saatavana kokonaisuudessaan.

6.2 Opinnäytetyön prosessin ja tuotoksen arviointi

Meitä kiinnosti erityisesti kehittämistyön tekeminen opinnäytetyönä. Opinnäytetyömme tuotos on tarkistuslista. Walkerin ym. (2012) tutkimuksen mukaan tarkistuslista on nykyaikainen menetelmä, parantaa potilaan turvallisuutta, auttaa akuuteissa ja hätätilanteissa sekä myötävaikuttaa tehokkaasti muutoksiin sopeutumista. Rutiininomainen tarkistuslistan käyttö lisää turvallisuutta. Tarkistuslistan käyttö liittyy potilaan ohjaamiseen. Potilasohjaus sekä kiinnostaa meitä sekä vaatii erityisesti aloittelevalta hoitajalta jatkuvaa kehittymistä. Opinnäytetyömme myötä löysimme paljon uutta tietoa, uusia näkökulmia ja käytännön vinkkejä potilasohjaukseen.

Opinnäytetyöprosessia aloittaessamme tiedonhakutaitomme olivat melko heikot. Opinnäytetyötä tehdessämme käytimme paljon aikaa lähteiden ja tutkimustiedon etsimiseen. Prosessin alkuvaiheessa keväällä 2017 tutkimustietoa oli vaikea löytää, koska tiedonhakutaitomme olivat heikot. Prosessin edetessä lähdekriittisyys kehittyi ja löysimme tutkimustietoa potilasohjauksesta. Opimme hyödyntämään erilaisia tiedonhakumenetelmiä ja tutkimaan lähteitä kriittisemmin. Tästä on hyötyä tulevassa työssämme hoitajina: hoitajan tulee tietää, mistä lähteistä kannattaa itse etsiä tai mistä lähteistä ohjaa potilasta etsimään näyttöön perustuvaa tietoa. Kuitenkin yksi opinnäytetyömme heikkous on tutkimustiedon ja kansainvälisten lähteiden niukkuus.

Opinnäytetyöprosessimme alkoi tammikuussa 2017 ja kesti noin puolitoista vuotta. Prosessin pitkästä kestosta oli sekä hyötyä että haittaa työllemme. Teimme opinnäytetyötä muiden opintojen lisäksi, ylimääräisenä. Syksyllä 2017 harjoittelut ja niiden kanssa päällekkäin sattuneet opinnot verottivat aikaa opinnäytetyöprosessilta, joten prosessi venyi. Toisaalta opinnäytetyöprosessin aikataulun venyminen ei ollut ongelma tilaajalle eikä meille, koska meillä ei ole kiire valmistua. Toisaalta prosessista tuli sirpaleinen ja kirjoittamista hankaloitti pitkät tauot työn tekemisessä. Työn edetessä meidän

työelämäohjaaja ja ohjaava opettaja muuttuivat. Työelämäohjaajan vaihtumisen myötä ja prosessin pitkän keston takia yhteydenpito tilaajan kanssa oli vähäistä. Tuotoksen kehittämisvaiheessa yhteydenpito oli kuitenkin riittävää ja kävimme HERKOssa kolme kertaa. Näiden käyntien myötä saimme kallisarvoista tietoa tarkistuslistan tekemistä varten.

Tämän kehittämistyön tarkoitus oli suunnitella ja tuottaa tarkistuslista eturauhasen höyläyspotilaan kotiutusohjauksesta HERKOn hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena oli koota tarkistuslistaan ydinasiat eturauhasen höyläyspotilaan ohjauksesta. Tavoitteemme toteutui ja onnistuimme keräämään tärkeimmät ydinasiat eturauhasen höyläyspotilaan kotiutusohjausta varten. Tarkistuslistassamme perustuu näyttöön perustuvaan tietoon: kirjallisuuteen, tutkimuksiin ja kokeneiden hoitajien kokemuksiin. Saimme tarkistuslistasta koekäytön jälkeen melko niukasti palautetta, mikä oli hieman harmillista. Saamamme palaute oli pääosin positiivista ja hoitajat olivat tyytyväisiä tarkistuslistan sisältöön.

Opinnäytetyön alkupalaverissa keväällä 2017 keskustelimme tarkistuslistan sisällöstä ja ulkoasusta HERKOn osastonhoitajan ja yhden hoitajan kanssa. He toivoivat, että tarkistuslista olisi helppokäyttöinen, A4:n kokoinen ja selkeä. Mielestämme onnistuimme tässä. Tarkistuslistamme (LIITE 3) on A4:n kokoinen, asiat on listattu allekkain ja jokaisen kohdan voi ruksittaa, kun se on käyty läpi. Palautteessa yksi hoitaja ehdotti, että lista olisi laminoitu, eikä potilaskohtainen. Tämän laminoidun listan voisi ottaa mukaan ohjaustilanteeseen ja siitä voisi tarkistaa, että kaikki asiat on käyty läpi potilaan kanssa. Emme kuitenkaan lähteneet muuttamaan tarkistuslistan ulkoasua laminoituun muotoon. Annamme tilaajalle oikeuden kehittää listaa eteenpäin. Jos käytännössä ilmenee, että toisenlainen ulkoasu sopisi paremmin HERKOn tarpeisiin, he voivat kehittää tarkistuslistaa.

Tarkistuslistassa on hyödynnetty kokeneiden hoitajien kokemusta siitä, mitkä asiat ovat heidän mielestään tärkeitä eturauhasen höyläyspotilaan kotiutuksessa. Tuotos on myös työelämälähtöinen, koska tarve tarkistuslistalle tuli suoraan tilaajalta. Tarkistuslistaa voi hyödyntää niin kokeneet hoitajat muistin tukena kuin myös uudet työntekijät ja opiskelijat, joilla ei ole vielä paljoa kokemusta eturauhasen höyläyspotilaiden ohjauksesta. Tarkistuslista tällaisenaan palvelee parhaiten hoitajia, joilla on jo tietoa kyseisistä potilaista. Työtä voisi kehittää eteenpäin tekemällä tarkistuslistan lisäksi ohjelehtisen, jossa avataan tarkistuslistan jokainen kohta erikseen. Kokemattomammat hoitajat ja opiskelijat luultavasti hyötyisivät tästä ja sen avulla heidän olisi helpompi perustella ohjausta myös potilaalle.

6.3 Ammatillinen kasvu

Ammatillinen kasvu on oppimisen prosessi, joka jatkuu koko opinnäytetyöprosessin ajan (Vilkkä & Airaksinen 2003, 159–160). Opinnäytetyömme tarkoitus oli suunnitella ja tuottaa tarkistuslista eturauhasen höyläyspotilaan kotiutusohjauksesta HERKOn hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena oli koota tarkistuslistaan ydinasiat eturauhasen höyläyspotilaan ohjauksesta. Tarkistuslista on hyödyllinen apuväline, jonka avulla hoitaja ohjaa eturauhasen höyläyspotilaita kotiutustilanteissa. Työssämme

toimme teoretietoa käytännön työhön, mikä tukee meidän ammatillista kasvuamme (Vilkka ja Airaksinen 2003, 159–160).

Ammatilliseen kasvuun liittyy alan osaamistavoitteiden saavuttaminen. Terveystenhoitajakoulutuksen osaamistavoitteet on määritelty seuraavasti:

”Terveystenhoitajakoulutuksessa osaamistavoitteena on, että valmistuvalla sairaanhoitajalla/terveydenhoitajalla on laaja-alainen ja vahva kliinisen hoitotyön, tiedon soveltamisen, kehittämisen ja arvioinnin osaaminen sekä valmius jatkuvaan oppimiseen. Koulutuksen aikana hankittu osaaminen vastaa European Qualification Framework (EQF) mukaisia osaamisen tasokuvauksia ja Tutkintojen ja muun osaamisen kansallisen viitekehyksen esityksen tasoa 6.”

(Savonia 2018.)

”Sairaanhoitajan/terveydenhoitajan ammatillinen asiantuntijuus muodostuu osaamisesta, johon kuuluvat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, opetus ja ohjaus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. Hoitotyön ja terveydenhoitotyön spesifit kompetenssit ovat perusta ko. asiantuntijalta edellytettävän osaamisen kehittymiselle.”

(Savonia 2018.)

Poimimme muutamia sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan ammatillisia kompetensseja, joita kehitimme kehittämistyötämme tehdessämme. Kompetenssit on kirjoitettu kursivoiden ja niiden perässä on suluissa tieto, onko kompetenssi sairaanhoitajan (sh) vai terveydenhoitajan (th) ammatillinen kompetenssi.

Osaa kohdata asiakkaan aktiivisena toimijana omassa hoidossaan. (sh) sekä Toimintamallien ja työmenetelmien asiakaslähtöinen käyttö ja arviointi. (th) (Savonia 2018.)

Halusimme koota tarkistuslistan, joka on mahdollisimman asiakaslähtöinen. Lopullisessa tarkistuslistassa (kts. LIITE 3) korostetaan nimenomaan potilaan toimijuutta käyttämällä muuan muassa sanamuotoja potilas osaa, potilas tietää, potilaalla on. Ensimmäinen tarkistuslista ei ollut potilaslähtöinen, joten muokkasimme tarkistuslistaa enemmän asiakaslähtöiseksi.

Osaa arvioida asiakkaan voimavarat ja tukea häntä hoitonsa suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (sh) sekä Voimavaroja tukeva terveydenhoitajatyö. (th) (Savonia 2018.)

Tarkistuslistaan koottiin tärkeimmät asiat, jotka tulee käydä läpi kotiutusohjauksessa, jotta tarkistuslista pysyy yhden sivun mittaisena. Teimme tarkistuslistan kirjallisuuteen ja HERKO:n hoitajien haastatteluihin perustuen. Jouduimme pohtimaan, mitkä ovat nimenomaan potilaan kannalta oleellisia asioita ja mitä potilas jo tietää.

Kykenee arvioimaan ja kehittämään omaa toimintaansa ja vastaamaan toimintansa seurauksista. (sh) (Savonia 2018.)

Teimme tarkistuslistasta yhteensä kolme eri versiota. Tarkistuslistaa testattiin HERKOssa autenttisissa tilanteissa, joiden pohjalta hoitajat antoivat meille palautetta. Palautteen kerääminen on myös hyvä tapa arvioida omien tavoitteiden saavuttamista. Näin ollen arvio omasta onnistumisesta ei jää subjektiiviseksi. (Vilka & Airaksinen 2003, 157.) Saamamme palautteen perusteella muokkasimme tarkistuslistaa syksyllä 2017. Palautteen vastaanottaminen ja siihen reagoiminen kuuluvat myös ammatilliseen kasvuun.

Koulutuksen käynyt sairaanhoitaja/terveydenhoitaja kehittää ja edistää tutkimus- ja muuhun näyttöön perustuvaa hoitajatyötä. (sh) sekä Terveyspalveluiden laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen. (th) (Savonia 2018.)

Opinnäytetyöllämme osoitamme kykyä yhdistää ammatillinen taito ja teoreettinen tieto niin, että hoitajat hyötyvät tuloksesta eli tarkistuslistasta (Vilka & Airaksinen 2003, 159). Tarkistuslistassa yhdistyy ammatillinen taito ja teoreettinen tieto. Yhtenäisen tarkistuslistan avulla jokainen potilas on oikeutettu yhdenvertaiseen ja tasa-arvoiseen kotiutusohjaukseen.

Tulevaisuussuuntautunut terveydenhoitajatyö. (th) (Savonia 2018.)

Tulevaisuudessa sote-uudistuksen myötä potilaiden ohjauksen laatu tulee korostumaan (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2017). Sairaalahoidon määrä tulee yhä vähenemään, jolloin korostuu omahoidon merkitys. Jotta potilas pystyy suorittamaan hyvää omahoitoa, hän tarvitsee hoitoalan ammatilaisen ohjausta. Sote-uudistuksen myötä myös asiantuntijatehtävät korostuvat, mikä osaltaan tähtää myös ohjauksen laadun paranemiseen. (Kotila, Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Meretoja, Suutarla 2016, 5–6, 12.)

6.4 Johtopäätökset, kehittämis ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Tarkistuslistasta saamamme palautteen perusteella tarkistuslista oli tarpeellinen ja hyödyllinen apuväline ohjauksen tukena, erityisesti uusilla hoitajilla. Valitettavasti saamamme palaute jäi melko niukaksi, joten emme saaneet palautteesta irti niin paljon kuin olisimme toivoneet.

Jatkotutkimusaiheita on muiden erikoisalojen tarkistuslistan tekeminen tai tarkistuslistan käytön tutkiminen HERKO-toiminnassa, esimerkiksi hoitajien kokemuksia tarkistuslistan käytöstä. Alun perin tarkistuslistaa käytettiin ilmailualalla, josta se on siirtynyt myös leikkaussalien käyttöön. Vähitellen tarkistuslistoja otetaan käyttöön myös muualla sairaalassa, kuten heräämöissä ja osastoilla.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

Aarnio P., Ikonen T., Kangasmäki E., Karjalainen K., Kontsas T., Kujala R., Pauniahio S-L., Saario I., Savunen T. & Sivula H. 2009. Tarkistuslista vähentää virheitä leikkaussaleissa. Suomen lääkärilehti 6, 516–517.

Ahonen O., Blek-Vehkaluoto M., Ekola S., Partamies S., Sulosaari V. & Uski-Tallqvist T. 2013. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Anttalainen-Kulmala E., Nordström E. & Saarinen H. 2013. Lähihoitaja perioperatiivisessa hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Boström P. J. 2015. Eturauhasen sairaudet. Ennaltaehkäisy, tutkimukset ja hoito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hammar A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPAIKAT 2017. Urologia. [Viitattu 20.2.2017.] Saatavissa: <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/urologia/Sivut/default.aspx>

Hervonen H. & Virtanen I. 2013. Miehen sukupuolielinten rakenne. Teoksessa: Ahonen S., Nurmi M., Parpala T., Taari K. & Tammela T. (toim.) Urologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 30–39.

Helovuori A., Kinnunen M., Peltomaa K. & Pennanen P. 2012. Potilasturvallisuus. 2.painos. Helsinki: Fioca Oy.

Hoitotyön tutkimuslaitos 2017. Näyttöön perustuva toiminta. [Viitattu 25.7.2017.] Saatavissa: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>

Hyvärinen R. 2005. Millainen on hyvä potilasohje? [Viitattu 20.2.2017.] Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Iivanainen A., Jauhiainen M. & Pikkarainen P. 2005. Sisätauti -kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Iivanainen A., Jauhiainen M. & Syväoja P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistään. Helsinki: Tammi.

Ikonen T. 2010. Mikä on leikkauspotilaan tarkistuslista. Suomen sairaalahygienialehti 28, 78–81.

Ikonen T. & Pauniahio S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnannest 2, 108–111.

Iso-Kivijärvi M., Keskitalo O., Kukkola K., Ojala P., Olsbo A., Pohjola M. & Väänänen H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Julkaisussa: Lipponen K., Kyngäs H. & Kääriäinen M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 10–17.

Kananen J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy

Kristoffersen N., Nortvedt F., Skaug E-A. & Nieminen P. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press.

Karma A., Kinnunen T., Palovaara M. & Perttunen J. 2016. 1.painos. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kotila J., Axelin A., Fagerström L., Flinkman M., Heikkinen K., Jokiniemi K., Korhonen A., Meretoja R. & Suutarla A. 2016. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat – laatu tulevaisuuden sote-palveluihin. Sairaanhoitajien verkkojulkaisu. [Viitattu 14.2.2018.] Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

Kuopion yliopistollinen sairaala 2017. Potilasohjeet. [Viitattu 20.2.2018.] Saatavissa: <https://ohjeet.kuh.fi/wwwOhjeet.asp?service=Kirurgia>

Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto; Oulun yliopistollinen sairaala. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja. [Viitattu 22.2.2018.] Saatavissa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Kääriäinen M. 2010. Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Julkaisussa: Jauhiainen A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. 1. painos. Iisalmi: Savonia-ammattikorkeakoulu. s.26–32.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.2002/785, 5 §.

Leino-Kilpi H. & Kulju K. 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Julkaisussa: Hupli M., Rankinen S. & Virtanen H. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turku: Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 63/2012, 3–12.

Lipponen K., Kanste O., Kyngäs H. & Ukkola L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Artikkel. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. [Viitattu 22.2.2018.] Saatavissa: <https://journal.fi/sla/article/view/597>

Lukkari L., Korte R. & Kinnunen T. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro

Lääkärikirja Duodecim-kuvat 2007a. Eturauhanen. [Kuva.] [Viitattu 14.6.2017.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00113

Lääkärikirja Duodecim-kuvat 2007b. Suurentunut eturauhanen. [Kuva.] [Viitattu 14.6.2017.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00114

Martikainen T. & Musialowicz T. 2015. Leikkauspotilaan hoitopolku uudistuu KYS:n Kaarisairaalassa. [Viitattu 20.2.2017.] Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/musialowicz_martikainen_leikkauspotilaan_hoitopolku.pdf

Miettinen V. 2012. Paljon iloa tarkistuslistasta. Sairaanhoitaja 1, 12.

Mononen M. 2017. HERKO-kirurgian sairaanhoitaja, Kuopion yliopistollinen sairaala. Keskustelu 11.5.2017.

Niskanen M. 2014. Johtamisella vaikutetaan lopputulokseen. [Viitattu 22.7.2017.] Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/niskanen_johtamisella_vaikutetaan_hoitotulokseen.pdf

Norlyk A. & Harder I. 2011. Recovering at Home participating in a Fast-Track Colon Cancer Surgery Programme. [Viitattu 22.7.2017.] Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1800.2011.00519.x/abstract;jsessionid=785DFAE52A5681DB362BED26DCA98A42.f04t03>

Ojasalo K., Moilanen T. & Ritalahti J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Opetushallitus 2017. SWOT-analyysi. [Viitattu 30.3.2017.] Saatavissa: http://oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/metelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi

Opetus- ja kulttuuriministeriö 2017. Sote-koulutuksen uudistaminen käynnistyy. Opetus- ja kulttuuriministeriön tiedote. [Viitattu 14.2.2018.] Saatavissa: http://minedu.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sote-koulutuksen-uudistaminen-kaynnistyy

Petäys P. 2004. Miehen elämäankaari. Turvaa ja puhtia lisääntyviin ikävuosiin. Jyväskylä: Gummerus Kustannus Oy.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2011. KYS-tutkimusstrategia. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 3.5.2017]. Saatavissa: <https://www.pssh.fi/documents/11427/17369/KYS+tutkimusstrategia.pdf/52646399-40dd-4fba-a9d2-321c0ea5c740>

Punkari M. 2017. Heräämöstä kotiin (HERKO)-toimintamalli. Potilaan kokemus tiedonsaannista ja sen riittävyydestä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kliininen asiantuntija (YAMK). Opinnäytetyö. [Viitattu 18.6.2017.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201704124654>

Savonia 2018. Opetussuunnitelmat. TT16KP Terveystieteiden tutkinto-ohjelma. Osaamistavoitteet. [Viitattu 14.2.2018.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/node/209?yks=KS&krtid=998&tab=2>

Suonpää J. 2015. Heräämöstä kotiin-toiminnan käynnistämisen tuoma muutos ja toiminnan kehittäminen sairaanhoitajien kokemana. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutus (YAMK). Opinnäytetyö. [Viitattu 16.6.2017.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015112417572>

Tammela T. 2010. Eturauhasen sairaudet. Teoksessa: Alhava E., Höckerstedt K., Leppäniemi A. & Roberts P.J. 2010. (toim.) Kirurgia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 872–883.

Tammela T. 2013. Hyvälaatuinen eturauhasen liikakasvu. Teoksessa: Aaltomaa S., Nurmi M., Parpala T., Taari K. & Tammela T. (toim.) Urologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, s.283–297.

Tampereen kaupunki 2017. Leiko 24-yksikkö. Päivitetty 29.5.2017. [Viitattu 18.6.2017.] Saatavissa: www.tampere.fi/leiko24

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Leikkaustiimin tarkistuslista. [Viitattu 18.6.2017.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/halo-terveydenhuollon-menetelmien-hallittu-kayttoonotto/halo-suositukset/kaikki-suositukset/leikkaustiimi>

Valvira 2015. Leikkaussalin tarkistuslista. [Viitattu 15.8.2017.] Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/leikkaussalin_tarkistuslista

Verma R., Alladi R., Jackson I., Johnston I., Kumar C., Page R., Smith I., Stocker M., Tickner C., Williams S. & Young R. 2011. Day Case and Short Stay Surgery 2. Anaesthesia 66, 5, 417–434. [Viitattu 21.7.2017.] Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.2011.06651.x/full>

Vilkka H. ja Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Vilkka H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vänskä K., Laitinen-Väänänen S., Kettunen T. & Mäkelä J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.

Walker I.A., Reshamwalla S. & Wilson I.H. 2012. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? *British Journal of Anaesthesia*. [Viitattu 22.2.2018.] Saatavissa: www.lifebox.org/wp-content/uploads/surgical-safety-checklists-do-they-improve-outcomes.pdf

Winters B., Gurses A.P., Lehmann H., Sexton J.B., Rampersad C.J. & Pronovost P.J. 2009. Clinical review: Checklists – translating evidence into practice. *BioMed Central*. [Viitattu 22.2.2018.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811937/>

LIITE 1: ALUSTAVA TARKISTUSLISTA

- * Toimenpidekertomus on käyty läpi potilaan kanssa
- * Virtsaus onnistunut spontaanisti
- * Virtsaus ei onnistu spontaanisti
 - * Toistokatetrointi opetettu
 - * Varattu aika uropolille
 - * Aloituspakkaus annettu
 - * Lähetä hoitotarvikejakeluun
- * Potilaan lääkitys tarkistettu
 - * Potilas aloittaa omat lääkkeet:
 - *heräämössä
 - * kotona
 - * Tarkistettu, onko potilaalle määrätty uusia lääkkeitä
 - * Lääkkeiden tauotus – milloin aloittaa uudelleen
- * Potilaalla on tarvittavat reseptit
- * Potilaalla on kotihoito-ohjeet
- * Potilaan kyyti selvitetty
- * Potilaalle annettu kaikki tarvittavat todistukset
- * Potilaalle painotettu juomisen tärkeyttä
- * Syöminen ja juominen onnistuu
- * Kotiutuskriteerit täyttyvät

LIITE 2: MUOKATTU TARKISTUSLISTA

Eturauhasen höyläyspotilas

Potilaan nimi:

Päivämäärä:

- Potilaan kanssa käyty läpi toimenpidekertomus
- Virtsaus onnistuu spontaanisti
 - Residuaali mitattu
- Virtsaus ei onnistu spontaanisti
 - Potilas oppinut toistokatetroinnin
 - Potilaalla on aloituspakkaus
 - Potilaalla aika uroapolille
 - Potilas saanut lähetteen hoitotarvikejakeluun
- Potilaan lääkitys käyty läpi potilaan kanssa
 - Potilas aloittaa omat lääkkeensä:
 - heräämössä
 - kotona
 - lääkkeiden tauotus – milloin aloittaa uudelleen?
 - Tarkistettu, onko potilaalle määrätty uusia lääkkeitä
- Potilaalla on kaikki tarvittavat reseptit
- Potilaalla on kotihoito-ohjeet
- Potilaan kyyti on selvitetty
- Potilaalla on kaikki tarvittavat todistukset
- Syöminen ja juominen onnistuu
- Potilas ymmärtänyt juomisen tärkeyden
- Kotiutuskriteerit täyttyvät

LIITE 3: TARKISTUSLISTA

Eturauhasen höyläyspotilas – kotiuttaminen

Potilaan nimi/potilaspaikka:

Päivämäärä:

- Potilaan kanssa käyty läpi toimenpidekertomus
- Varmistettu, että virtsaus onnistuu spontaanisti
 - Residuaali mitattu
- Virtsaus ei onnistu spontaanisti
 - Potilas osaa toistokatetroinnin
 - Potilaalla on aloituspakkaus
 - Potilaalla on aika uropolille
 - Potilas on saanut lähetteen hoitotarvikejakeluun
- Potilaalle on kerrottu ja hän tunnistaa sairaalahoitoa vaativat komplikaatiot
- Potilas tietää mahdolliset muutokset lääkelistassaan
 - Potilas tietää, milloin aloittaa omat lääkkeensä:
 - heräämössä
 - kotona
 - lääkkeiden tauotus – milloin aloittaa uudelleen?
 - Potilas tietää mitä uusia lääkkeitä hänelle on määrätty ja miksi
- Potilaalla on kaikki tarvittavat reseptit
- Potilaalla on kotihoito-ohjeet ja hän on ymmärtänyt ne
- Potilas tietää, millä kyydillä kotiutuu (ja mahdollinen kyyti on tilattu)
- Potilaalla on kaikki tarvittavat todistukset
- Syöminen ja juominen onnistuu
- Potilas on ymmärtänyt juomisen tärkeyden virtsarakon huuhtelun kannalta
- Kotiutuskriteerit täyttyvät